



Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)



## DOCUMENTO DE CONSENSO

# Criterios de derivación entre niveles asistenciales de pacientes con enfermedad vascular. Documento de consenso SEMFYC-SEACV. Resumen ejecutivo<sup>☆</sup>

Santiago Díaz Sánchez<sup>a,\*</sup>, Nuria Piquer Farrés<sup>b</sup>, Eva Fuentes Camps<sup>c</sup>,  
Sergi Bellmunt Montoya<sup>d</sup>, Ignacio Sánchez Nevárez<sup>e</sup> y Fidel Fernández Quesada<sup>f</sup>

<sup>a</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Pintores, Parla, Madrid, España. Miembro del Grupo de Trabajo de Enfermedades Cardiovasculares de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC)

<sup>b</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Área Básica de Salud La Salut, Badalona, Barcelona, España. Grupo de Angiología de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

<sup>c</sup> Medicina de Familia y Comunitaria, Área Básica de Salud Vila de Gràcia, Barcelona, España. Grupo de Angiología de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC)

<sup>d</sup> Especialista en Angiología y Cirugía Vascular, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. Miembro de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV)

<sup>e</sup> Especialista en Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España. Miembro de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV)

<sup>f</sup> Especialista en Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. Miembro de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV)

Recibido el 26 de abril de 2012; aceptado el 23 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 21 de julio de 2012

### PALABRAS CLAVE

Documento consenso;  
Sociedad Española  
de Medicina Familiar  
y Comunitaria-  
Sociedad Española  
de Angiología  
y Cirugía Vascular;  
Enfermedad arterial  
periférica;  
Insuficiencia venosa;  
Pie diabético

**Resumen** La coordinación entre niveles asistenciales constituye un elemento esencial para incrementar la eficiencia del sistema sanitario; en este sentido, la enfermedad vascular ocupa un lugar destacado por incluir entidades frecuentes, graves y vulnerables.

Los documentos de consenso constituyen una herramienta fundamental para conseguir este objetivo. Este documento no pretende sustituir a las guías clínicas, sino que trata de establecer las bases del manejo compartido del paciente con enfermedad vascular (enfermedad arterial periférica, pie diabético e insuficiencia venosa crónica) en tres aspectos: determinar el perfil del paciente cuyo seguimiento ha de ser realizado de forma prioritaria en cada nivel; establecer las competencias que debe asumir cada profesional, y fijar y priorizar los criterios de derivación en ambos sentidos.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<sup>☆</sup> La versión completa de este artículo está disponible on-line.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sdiazs@wanadoo.es](mailto:sdiazs@wanadoo.es) (S. Díaz Sánchez).

**KEYWORDS**

Consensus document;  
Sociedad Española de  
Medicina Familiar y  
Comunitaria-Sociedad  
Española de  
Angiología y Cirugía  
Vascular;  
Peripheral arterial  
disease;  
Venous insufficiency;  
Diabetic foot

**Criteria for referral between levels of care of patients with peripheral vascular disease. SEMFYC-SEACV consensus document**

**Abstract** Coordination between care levels is essential to increase the efficiency of the Health System; vascular disease has an important role in this respects, as it includes frequent, serious and vulnerable conditions.

Consensus documents are an essential tool to obtain these aims. This document is not expected to replace the Clinical Guidelines, but tries to establish the basis of the shared management of the patient with vascular disease (peripheral arterial disease, diabetic foot, and chronic venous insufficiency) in three ways: to determine the profile of the patient who should receive priority follow-up at every level; to establish the skills that every professional must have, and to set and to prioritise the referral criteria in both directions

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La coordinación entre niveles asistenciales centrada en las enfermedades frecuentes, graves y vulnerables, constituye un elemento esencial para incrementar la eficiencia del sistema sanitario. En este sentido, la enfermedad vascular ocupa un lugar destacado.

Los documentos de consenso, si son consensuados por los profesionales de los distintos niveles y avalados por las respectivas sociedades científicas y los gestores sanitarios, se convierten en herramientas fundamentales de la coordinación, sobre todo si se dota a la atención primaria (AP) de los medios necesarios para incrementar su capacidad resolutive diagnóstica y terapéutica, se priorizan adecuadamente las derivaciones y se asegura la respuesta del segundo nivel en unos plazos razonables.

Con estas perspectivas, el presente documento aborda la enfermedad arterial periférica, el pie diabético y la insuficiencia venosa crónica, con 4 objetivos fundamentales:

- Determinar el perfil del paciente cuyo seguimiento ha de ser realizado de forma prioritaria en cada nivel asistencial.
- Establecer las competencias que deben asumir el médico de AP y el cirujano vascular en cada caso.
- Fijar los criterios de derivación en ambos sentidos.
- Marcar los criterios de priorización en las derivaciones.

Estos protocolos consensuados no pretenden sustituir a las guías clínicas de actuación, sino que tratan de establecer las bases del manejo compartido del paciente con enfermedad vascular de forma que se le asegure la continuidad en la asistencia sanitaria. Aunque para conseguir estos objetivos es fundamental que las sociedades científicas alcancen un consenso en la delimitación de un marco amplio y flexible que avale la actuación de los médicos implicados en el manejo de los pacientes con enfermedad vascular, lo verdaderamente eficaz sería la adaptación de dicho marco a las necesidades específicas de cada zona sanitaria por los propios profesionales que en ella desarrollan su labor asistencial.

## Enfermedad arterial periférica

La enfermedad arterial periférica (EAP) constituye, junto a la cardiopatía isquémica y la enfermedad vascular cerebral, una de las manifestaciones clínicas de la enfermedad arteriosclerótica. La arteriosclerosis se asocia a la presencia de determinados factores de riesgo cardiovascular (FRCV) bien conocidos y, cuando se manifiesta clínicamente en un sector, suele ser indicativo de que la enfermedad está ya ampliamente desarrollada.

Los pacientes con EAP pueden tener síntomas o no. El síntoma más común es la claudicación intermitente que se caracteriza por la presencia de dolor en la extremidad inferior con la deambulación y que desaparece con el reposo. La EAP sintomática limita la movilidad del paciente, provocando un impacto negativo en la calidad de vida.

Incluso en pacientes asintomáticos, la EAP constituye un marcador de daño arterial sistémico avanzado, de forma que los individuos que la presentan tienen un riesgo muy elevado de sufrir un episodio cardiovascular mortal o no mortal, con una relación inversa entre el nivel de índice tobillo-brazo (ITB) y el riesgo de morbilidad cardiovascular.

## Papel del médico de atención primaria en la enfermedad arterial periférica

La EAP, por su frecuencia y gravedad, ha de ser considerada prioritaria en la actividad del médico de AP, ya que es susceptible de prevención y, una vez establecida, su adecuado tratamiento tiene implicaciones pronósticas.

## Diagnóstico

En el ámbito de la AP, el diagnóstico de la EAP ha de ser considerado en 2 grupos de pacientes:

- *Pacientes asintomáticos con FRCV.* En estos pacientes, la estratificación del riesgo constituye el elemento diagnóstico fundamental, ya que de ella dependen la profilaxis y sus objetivos. En este sentido, la determinación del ITB constituye una exploración clínica imprescindible, ya que un ITB < 0,9 posee una sensibilidad > 95% para la

detección de pacientes con lesiones arteriográficamente significativas, con una especificidad del 99%.

- *Pacientes con sospecha de claudicación intermitente.* La EAP se ha de incluir en el diagnóstico diferencial de todo dolor de los miembros inferiores, sobre todo si aparece en pacientes con FRCV sin diagnóstico alternativo. La determinación del ITB, en la mayoría de los casos, es suficiente para resolver dudas diagnósticas, conocer el grado de severidad y establecer el riesgo cardiovascular.

La técnicas de imagen (eco-Doppler, arteriografía, angio-RM, angio-TC) informan sobre la técnica y la topografía de la revascularización, pero no establecen la indicación quirúrgica.

## Tratamiento

Los objetivos fundamentales del tratamiento en la EAP son:

- Disminución de la morbimortalidad cardiovascular.
- Aumento de la distancia de claudicación.
- Reducción del riesgo de amputación.

En los pacientes sin indicación quirúrgica, o en los que ésta ha sido descartada, la responsabilidad del tratamiento médico y su control ha de ser compartida entre el cirujano vascular y el médico de AP.

El tratamiento de los pacientes con EAP (ITB < 0,9) asintomática no difiere del tratamiento de los pacientes con arteriosclerosis a otros niveles y se basa en el control estricto de todos los FRCV, con los objetivos terapéuticos de los pacientes de alto riesgo, ya que la detección de EAP en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio según la escala de Framingham (10-20% en 10 años) traslada a este grupo poblacional al de riesgo elevado (> 20%).

En los pacientes con EAP que presentan claudicación, además del control de los FRCV, también ha de ser valorado el tratamiento farmacológico. El cilostazol y el naftidrofurolo aumentan la distancia a la claudicación y mejoran la calidad de vida en pacientes claudicantes a distancias cortas. Las estatinas también han demostrado aumentar la distancia máxima libre de dolor en hipercolesterolémicos.

La antiagregación y el ejercicio han demostrado beneficio tanto en la evolución de la EAP como en la reducción del riesgo cardiovascular.

## Criterios de derivación y prioridades

La definición de los criterios de derivación entre la AP y la especializada constituye un punto fundamental en la coordinación entre los niveles asistenciales. El riesgo de amputación en la EAP es de 1% al año, siendo baja la necesidad de intervención en la claudicación intermitente estable, aunque en situaciones de discapacidad grave, la cirugía ha de ser considerada. A grandes rasgos, existen varios conceptos básicos que influirán en los criterios y las prioridades de la derivación (tabla 1): la revascularización no se recomienda en la mayoría de los casos de claudicación intermitente a media-larga distancia, en los pacientes con claudicación invalidante o síntomas progresivos se recomienda la derivación al cirujano vascular de

**Tabla 1** Resumen de los criterios de derivación en la enfermedad arterial periférica

Situación clínica <sup>a</sup>	Prioridad de la derivación <sup>b</sup>	Tiempo de demora para la intervención
<i>Isquemia aguda</i>	<i>Emergencia</i>	<i>&lt; 6 h</i>
<i>Dolor en reposo (III)</i>	<i>Urgente</i>	<i>1-7 días</i>
<i>Lesiones tróficas (IV), ITB &lt; 0,4 o riesgo de pérdida de extremidad<sup>1</sup></i>	<i>Urgente</i>	<i>Según la situación hemodinámica y riesgo de pérdida de extremidad se establecerá la prioridad quirúrgica</i>
<i>Lesiones tróficas (IV), ITB &gt; 0,4, sin riesgo</i>	<i>Preferente</i>	
<i>Claudicación invalidante (IIb) o progresiva</i>	<i>Preferente</i>	
<i>Claudicación IIb estable sin incapacidad laboral</i>	<i>Normal</i>	<i>La mayoría no requiere intervención</i>
<i>Claudicación (IIa) + ITB &lt; 0,7</i>	<i>Normal</i>	<i>No requiere</i>
<i>Claudicación (IIa) + ITB &gt; 1,3</i>	<i>Normal</i>	<i>No requiere</i>

<sup>a</sup> Clasificación clínica de Leriche-Fontaine.

<sup>b</sup> Según posibilidades del centro de referencia. Se recomienda: emergencia, derivación inmediata; urgente: en el mismo día; preferente: < 15 días; normal: < 30 días.

1: afectación extensa, planos profundos, infección, dolor en reposo.

forma programada, los grados III y IV deben ser referidos de forma preferente para su estudio y tratamiento, y toda sospecha de isquemia aguda debe ser referida de forma urgente.

## Seguimiento en atención primaria y manejo coordinado

El seguimiento del paciente con EAP puede realizarse en AP o especializada, aunque los mejores resultados se alcanzan con actividades protocolizadas supervisadas por equipos multidisciplinares. En general, los pacientes no subsidiarios de cirugía deberían ser seguidos preferentemente en AP, aunque conviene que los criterios se establezcan en función de la experiencia y la formación de los médicos de cada área de salud. En general, los médicos de AP serían responsables del diagnóstico clínico de la EAP, de la selección de pacientes que requieren valoración quirúrgica y del manejo y seguimiento de los pacientes no subsidiarios de tratamiento quirúrgico; por su parte, sería responsabilidad del cirujano vascular la indicación quirúrgica, el tratamiento quirúrgico y el seguimiento de los casos más complejos o de indicación quirúrgica dudosa.

## Insuficiencia venosa crónica

El concepto de insuficiencia venosa crónica (IVC) hace referencia al grupo de expresiones clínicas que comparten una base fisiopatológica común, la hipertensión venosa (HTV) crónica de las extremidades inferiores. Constituye la enfermedad vascular más frecuente en el conjunto de la población y se caracteriza por ser crónica, progresiva y benigna.

El elemento fisiopatológico fundamental es la HTV mantenida, siendo el reflujo venoso secundario a la disfunción valvular la causa más frecuente. Otras causas de HTV crónica son la obstrucción del sistema venoso profundo y la disfunción de la bomba muscular.

El principal signo asociado a la IVC es la variz y los principales síntomas la pesadez en miembros inferiores, los calambres, el dolor, el prurito, el hormigueo y la hinchazón. Esta sintomatología empeora con el ortostatismo, los ambientes calurosos y mejora con el decúbito y el frío.

## Papel del médico de atención primaria

### Diagnóstico

Los síntomas de la IVC son muy inespecíficos, por lo que también se han de investigar otras posibles causas. La exploración física, siempre en bipedestación, permite determinar la presencia de los signos típicos de la IVC (edema, alteraciones de la pigmentación cutánea, varículas, telangiectasias, varices, alteraciones cutáneas tróficas, úlceras venosas, etc.), establecer la clasificación clínica y objetivar la presencia de posibles complicaciones: varicorragia (sangrado por rotura de una variz) y varicoflebitis (inflamación por trombosis de un segmento del sistema venoso superficial). El eco-Doppler aporta información anatómica y hemodinámica que permite confirmar y localizar la presencia de reflujo en el sistema venoso superficial y en las varices, y determinar la permeabilidad y la presencia de reflujo en el sistema venoso profundo, pero no permite cuantificar la HTV.

Por lo general, la IVC no requiere confirmación por Eco-Doppler; dicha técnica solo estará indicada en caso de duda diagnóstica y en el estudio prequirúrgico de las varices. La valoración quirúrgica requiere una «cartografía» venosa minuciosa para detectar las venas implicadas y la estrategia más adecuada, por lo que se aconseja que el estudio se realice en una fecha cercana a la intervención.

### Tratamiento

El tratamiento de la IVC es fundamentalmente conservador y se basa en la realización de medidas profiláctico-dietéticas y en la terapia de compresión, aunque se deben tener en cuenta las contraindicaciones de dicho tratamiento: EAP (ITB > 0,8: usar cualquier tipo de compresión; ITB 0,6-0,8: solo compresiones 18-21 mmHg; ITB < 0,6: contraindicación absoluta), dermatitis y artritis reumatoidea en fase aguda.

Los fármacos venotónicos no se han de recomendar de manera generalizada, ya que su única indicación es el alivio

sintomático a corto plazo. El tratamiento quirúrgico es el único que incide sobre la causa fundamental de la IVC, la HTV, y ha de ser valorado en los pacientes con varices tronculares sintomáticas y en los que presentan úlceras venosas o alguna otra complicación trófica.

La varicorragia y la varicoflebitis son subsidiarias, en la mayoría de las ocasiones, de tratamiento local, por lo que pueden ser manejadas en un primer momento en el ámbito de la AP. La varicorragia será tratada mediante elevación de la extremidad y compresión local del punto de sangrado hasta una hemostasia total, seguido de la aplicación de un vendaje compresivo. La varicoflebitis se trata fundamentalmente con antiinflamatorios no esteroideos (AINE); en estos casos, la terapia compresiva, la deambulación precoz y los heparinoides tópicos pueden acortar la duración del proceso. Las heparinas de bajo peso molecular no han demostrado mayor eficacia que los AINE, no obstante, en territorios cercanos al sistema venoso profundo existe un potencial riesgo de extensión, por lo que sí debería valorarse su empleo.

## Criterios de derivación y prioridades

Dado el buen pronóstico vital de la IVC, conviene siempre individualizar los casos según las características del paciente. Requieren valoración quirúrgica por parte del cirujano vascular los pacientes con varices muy sintomáticas; los pacientes asintomáticos pero con varices tronculares de gran calibre, complicadas o con profesiones de riesgo, y los pacientes con lesiones dérmicas.

Toda IVC complicada (varicoflebitis, varicorragia, úlcera venosa) que no responda al tratamiento convencional, requerirá valoración preferente o urgente por parte del cirujano vascular. No obstante, conviene establecer los plazos y el grado de responsabilidad de cada nivel asistencial en función de la formación flebológica de los médicos de AP y de los tiempos de demora (tabla 2).

## Seguimiento en atención primaria y manejo coordinado

La IVC es una enfermedad de buen pronóstico vital, pero de carácter progresivo y con una elevada morbilidad en los estadios finales. En ella, la prevención resulta eficaz, la terapia compresiva precoz puede retrasar su progresión y la cirugía en estadios evolucionados no supone la curación definitiva ni consigue la completa regresión del cuadro clínico. Por tanto, los objetivos fundamentales de la AP serán: establecer las medidas preventivas en los pacientes susceptibles, realizar diagnósticos precoces para establecer tratamientos compresivos y seleccionar a los pacientes para la cirugía.

Una vez establecida la indicación quirúrgica y realizada la intervención, el seguimiento del paciente deberá ser asumido de nuevo por AP.

### Pie diabético

Entre las posibles complicaciones de la diabetes se halla la ulceración del pie. Son factores predisponentes la presencia

**Tabla 2** Resumen de los criterios de derivación en la insuficiencia venosa crónica

Situación clínica <sup>a</sup>	Prioridad de la derivación <sup>b</sup>	Actitud
C0-C1	No derivación	Tratamiento conservador
C2 no complicadas	Individualizar	Según tamaño y clínica: manejar en AP o derivar
C3-4	Normal	Tratamiento conservador en AP; requiere valoración quirúrgica
C5-6	Preferente	Tratamiento conservador en AP; requiere valoración quirúrgica
Complicaciones	Manejo inicial en AP	- Primer episodio: derivación normal - Riesgo vital en varicorragia: derivación urgente - Recidiva, mala evolución: derivación preferente - Duda diagnóstica: derivación preferente - Sospecha TVP asociada: derivación urgente (considerar anticoagulación)
Varicorragia		
Tromboflebitis		

<sup>a</sup> Clasificación clínica CEAP.

<sup>b</sup> Según posibilidades del centro de referencia. Se recomienda: normal: < 30 días; preferente: < 15 días; urgente: en el día.

de neuropatía, las deformidades, los traumatismos y la EAP. La EAP raramente es la causa directa de la ulceración, pero empeora el pronóstico, retrasa la curación y favorece la sobreinfección.

El Consenso Internacional del Pie Diabético definió a la úlcera del pie diabético como «toda herida que afecte a la totalidad del espesor de la piel por debajo del tobillo en un paciente diabético independientemente de su duración». La necrosis y gangrena de la piel también deben incluirse como úlceras, entendiendo por gangrena toda necrosis de la piel que se extiende a músculo, tendón, articulaciones y hueso.

El acrónimo PEDIS (Grupo de Trabajo Internacional sobre el Pie Diabético) incluye los aspectos fisiopatológicos más importantes: *Perfusión*, *Extensión*, *Depth* (profundidad), *Infección*, *Sensibilidad*.

La pérdida de la sensibilidad y la afectación de la perfusión tisular son los mecanismos básicos en la generación de la úlcera, aunque la EAP tiene un mayor impacto sobre su evolución y pronóstico. La infección y la profundidad influyen en el manejo y la evolución, y la extensión en el tiempo de curación.

**Tabla 3** Resumen de los criterios de derivación en el pie diabético

Lesión <sup>a</sup>	Nivel asistencial	Derivación
Pie en riesgo	Primaria/podología	No
Pie en riesgo con deformidades, neuropatías	- Traumatólogo  - Unidad del pie diabético	Normal
Pie en riesgo + EAP (ITB < 0,9 o > 1,3)	Cirugía vascular	Normal
Úlceras leves (I) sin EAP	Primaria	No
Úlceras leves (I) con EAP (ITB < 0,9 o > 1,3)	Cirugía vascular	Preferente
Úlceras > I	Hospitalaria	Urgente

<sup>a</sup> Clasificación de Wagner para úlceras.

## Papel del médico de atención primaria

Los objetivos principales de la AP son la detección del pie de riesgo no ulcerado (neuropatía severa, deformidad del pie) que permite establecer medidas preventivas (evaluación por podólogo en caso de deformidades o malos apoyos), y la evaluación del pie ulcerado según la patología predominante (PEDIS) para su correcto manejo o derivación a unidades especializadas.

## Diagnóstico

En todo paciente diabético han de evaluarse periódicamente los pulsos distales (pedio y tibial anterior) y ha de realizarse una búsqueda activa de lesiones incipientes en las zonas de apoyo plantar afectadas con mayor frecuencia (primer, segundo y quinto metatarsianos; maléolos y talones en encajados). También hay que valorar la correcta higiene de las uñas y la presencia de enfermedad periungueal.

En presencia de úlceras profundas, el hecho de tocar hueso con una sonda metálica tiene una sensibilidad del 80% para el diagnóstico de osteomielitis (los cambios radiográficos pueden demorarse varias semanas).

El estudio del pie diabético complicado requiere valoración quirúrgica en el ámbito hospitalario.

## Tratamiento

El paciente con riesgo de padecer un pie diabético ha de recibir información que le permita evitar complicaciones. La presencia de úlceras superficiales sin componente isquémico también permitirá un manejo extrahospitalario, siendo las principales medidas terapéuticas la prevención del apoyo en las zonas afectadas, la limpieza diaria de las heridas y el inicio de tratamiento antibiótico precoz en caso de infección.

## Criterios de derivación, prioridades y seguimiento

En el pie diabético, los criterios de derivación y seguimiento están muy mediatizados por los recursos específicos de las



distintas áreas sanitarias. En general, las úlceras profundas, infectadas o con componente isquémico, requieren valoración especializada: unidades del pie diabético (si existen), cirugía vascular (isquemia crónica), traumatológicas (osteomielitis); y la derivación se establecerá con carácter urgente en caso de gangrena o infarto cutáneo y ante la sospecha de abscesos o de osteomielitis (tabla 3).

## Enfermedad arterial periférica

1. Hirsch AT, Haskal ZJ, Hertzner NR, Bakal CW, Creager MA, Halperin JL, et al. ACC/AHA 2005 Practice Guidelines for the management of patients with peripheral arterial disease (lower extremity, renal, mesenteric, and abdominal aortic): a collaborative report from the American Association for Vascular Surgery/Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and the ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease): endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation; National Heart, Lung, and Blood Institute; Society for Vascular Nursing; TransAtlantic Inter-Society Consensus; and Vascular Disease Foundation. *Circulation*. 2006;113:463-654.
2. Norgren L, Hiatt WR, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, on behalf of the TASC II Working Group. Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007;33 Suppl 1:1-75.
3. Hirsch A, Criqui M, Treat-Jacobson D, Regesteiner J, Creager M, Olin J, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA*. 2001;286:1317-24.
4. Tendera M, Aboyans V, Bartelink ML, Baumgartner I, Clément D, Collet JP, et al. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases. Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries The Task Force on the

Diagnosis and Treatment of Peripheral Artery Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*. 2011;32:2851-906.

5. Ramos R, Quesada M, Solanas P, Subirana I, Sala J, Vila J, REGICOR Investigators. Prevalence of symptomatic and asymptomatic peripheral arterial disease and the value of the ankle-brachial index to stratify cardiovascular risk. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2009;38:305-11.
6. Baena-Diez JM, Alzamora MT, Forés R, Pera G, Torán P, Sorribes M, ARTPER study. Ankle-brachial index improves the classification of cardiovascular risk: PERART/ARTPER Study. *Rev Esp Cardiol*. 2011;64:186-92.

## Insuficiencia venosa crónica

7. Gesto-Castromil R, García J.J., Grupo DETECT-IVC. Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en Atención Primaria. *Angiología*. 2001;53:249-60.
8. Álvarez LJ, Lozano F, Marinel-lo J, Masegosa J. Encuesta epidemiológica sobre la insuficiencia venosa crónica en España: estudio DETECT-IVC 2006. *Angiología*. 2008;60:27-36.
9. Porter JM, Moneta GL. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. Reporting standards in venous disease: an update. *J Vasc Surg*. 1995;21:635-45.
10. Marinel-lo J, Alós J, Escudero JR, Ferrer C, Giménez A, Gonon P, et al. Terapéutica de compresión en patología venosa y linfática. En: Marinel-lo Roura J, editor. Documento de consenso sobre terapéutica de compresión del Capítulo Español de Flebología de la SEACV. Barcelona: Glosa; 2003.
11. Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007. Art. No.: CD004982. DOI: 10.1002/14651858.CD004982.pub3.

## Pie diabético

12. International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic foot. The Netherlands: s.n., 1999.
13. Marinel-lo J. Úlcera neuropática. En: Marinel-lo Roura J, editor. Úlceras de la extremidad inferior. Barcelona: Glosa; 2005.